Rok I. Luty 1924. Nr. 2.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

Miesięcznik, wychodzi przy poparciu finansowem Starostwa Krajowego w Poznaniu.

Redaktor naczelny: **Aleksander Piotrowski**. Zastępca redaktora: **Dr. Osk. Bielawski, Dziekanka**, Krajowy Zakład Psychjatryczny.

Treść:

Prace oryginalne.

Praca z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. Dyrektor Dr. med. Dr. fil. Al. Piotrowski.

Katatonoid psychorodny

podał

Oskar Bielawski.

Chodzi tu o przypadek psychozy, w której uderzają nas w pierwszej linji zaburzenia psychomotoryczne, a silne zahamowanie w ruchach i myśli sprawia, iż się chory na pierwszy rzut oka przedstawia jak typowy katatonik, aczkolwiek nim nie jest.

Wobec potrzeby dokładnego symptomatologiczno-psychologicznego uzasadnienia stanowiska swego w stosunku do omawianego przypadku, — zmuszony jestem treść karty szpitalnej pacjenta podać dość szczegółowo:

Tadeusz K., lat 26, rzeźbiarz.

Ojciec ma charakter niezrównoważony, w życiu jest niezaradny. Takież cechy charakteru wykazuje starszy brat pacjenta. Kuzynka z linji żeńskiej jest „nielogiczna", o usposobieniu porywczem, naturze popędliwej, druga kuzynka ma skłonności do melancholji i dążności samobójcze. Siostra matki — samobójczyni.

W dzieciństwie rozwijał się prawidłowo, był wyjątkowo roztropny, zdolny do nauk. Skończył szkołę handlową, uczył się w Szkole Sztuk Pięknych. Jest utalentowanym rzeźbiarzem. Brał nagrody na konkursach. W jego pracy artystycznej uderza brak syntezy, skrupulatność i gubienie się w szczegółach.

W latach 1916—1918 bierze czynny udział w życiu odradzającej się Polski. Jest członkiem konspiracyjnej organizacji wojskowej, więziony w Szczypiornie; walczy pod Lwowem, zostaje raniony. W życiu jest zawsze niezaradny tak, że np. podczas wycieczek w góry towarzyszka musi załatwiać sprawy połączone z wyszukaniem noclegu, posiłków i t. p.

Poznał na swej drodze p. Marję, osobę nader subtelną i egzaltowaną, pochłoniętą miłością mistyczną ku Bogu. Marja umiała być dlań tylko siostrą w Chrystusie i towarzyszką w pracy (rzeźbie). Tadeusz był żydem, obcą była dlań psychologja wierzącej chrześciańskiej duszy i gdy zostawał z nią sam, — widział tylko postać zatopioną w modlitwie, głuchą na wyrazy ziemskiej miłości. Wprawiało go to w istny szał: tarzał się po ziemi, rwał sobie

włosy, odchodził od zmysłów.... Poczynają go interesować zagadnienia religijne. Zmienia wkrótce religję na katolicką, przesiaduje nad ewangelją, przebywa długo w kościele na modlıtwie. W tym okresie czasu jest T. zawsze wybitnie pogodny tak, że go nawet przezywano „pyzatym chrześcijaninem". Jest ruchliwy, ożywiony, pracuje przesadnie intensywnie w swym zawodzie (po 16 godzin dziennie). Nagle (jesień 1922) staje się smutny. Data ta wiąże się chronologicznie z okresem powstania trudności widywania się z Marją i datą wstąpienia jej do klasztoru. Stan przygnębienia trwa, następuje zniechęcenie do pracy. Pacjent spędza czas na rozważaniach religijnych, samoanalizie, modlitwie Zawsze ma jakieś skrupuły; niekiedy miewa nakazy wewnętrzne, np. wskoczenia do tramwaju; słyszy głosy, mówi że mu jest trudno obcować z ludźmi, bo się twarz tych ludzi zmienia plastycznie w widok djabła lub coś podobnego. W pamiętniku jego z tych czasów są częste wzmianki o Marji. To rozmyśla. dlaczego niema teraz klasztorów dla obojga płci, „by żyć tam jak z żoną, jak żyli pierwsi chrześcijanie w katakombach". W modlitwie, którą ułożył, tkwi zwrotka: „Umiłowałem Marję w Tobie, Panie, czego łaskę racz mi dać". We wrześniu 1922 wstępuje do klasztoru o najsurowszym regulaminie. W nowicjacie zauważono skłonność do nadmiernej askezy. Jada coraz mniej, skutkiem czego następuje wycieńczenie znacznego stopnia. Nie oddaje przez dłuższy czas kału. Jedzenie wyrzuca ukradkiem. Dla umartwienia tłucze głowę, łyżką podbił sobie oko; unika widoku kobiet, na ulicy zamyka oczy.

Z klasztoru oddano pacjenta do zakładu w Kulparkowie, a po pięciu dniach przewieziono go do Lublına pod opiekę prywatną Opiekowała się nim wówczas między innymi zakonnica Marja. Okresowi temu odpowiada pewna ogólna poprawa w stanie pacjenta. Lepiej jada, pracuje w ogrodzie. Polepszenie to jednak nie trwa długo. Poczyna wygłaszać, że jest jednocześnie Tadziem i „Chojarem" (wyraz przez niego zmyślony). Tadzio kocha Boga i ludzi, „Chojar" jest Judaszem, szatanem. Pokusy Tadzio zwalcza chrząkaniem.

Pacjent usiłował rzucić się pod pociąg. Przewieziono go do Zakładu w Dziekance w dniu 22. 5. 23. W drodze mówił do swego ojca chrzestnego: „Ja tu zginę, ja wszystko zmarnuję tu, Marja byłaby mnie uzdrowiła".

22. 5. 23. Stan fizyczny: Silne wychudzenie (waga 48 kg. przy wzroście 165 cm.); powłoki skórne blade. Tony serca nieco zamazane.

Brak odruchu spojówkowego, ogólne zmniejszenie wrażliwości skórnej na ból; odczyn Biernackiego — 21 — 29 — 37. I tyle.

Stan psychiczny: Dokładna orjentacja co do czasu, miejsca i otoczenia. Na pytania odpowiada powoli, niekiedy zbywa je milczeniem; wydaje się roztargniony. Wzrok rozmarzony, wpatrzony w dal. Twarz wyraża pewne przygnębienie.

Podaje dość dokładnie (na pytania) swój życiorys do ostatnich dni włącznie, nie poruszając jednak sprawy stosunku do Marji. Zagadnięty, czy żyją rodzice jego, odpowiada: „Nie wiem", a dalej: „Kto się ofiarował Panu Bogu, ten nie utrzymuje stosunków z nikim". Stale trzyma w ręce kurczowo zaciśnięty różaniec i krzyż, nie rozstaje się z nimi nigdzie.

27. 5. 23. Coraz mniej przyjmuje pokarmu, wkrótce przestaje jeść. Musi być karmiony przez zgłębnik. Przestaje się zupełnie udzielać; leży lub siedzi w zastygłej pozie. Członki są raz wiotkie i pacjent pozostawiony własnym siłom opada niby zemdlony, to znów stają się nader elastyczne, postawa sztywnieje i chory nie pozwala jej zmienić. Powieki stale opuszczone i tylko podczas przygotowania do odżywienia sztucznego pacjent podnosi je, poczyna nagle mówić, prosić by go nie karmiono, bo już na dziś zjadł i tak za dużo. Niekiedy w ostatniej chwili przed założeniem zgłębnika — pokarm zjada, innym razem, gdy mu naczynie z pokarmem podano do ręki, — opada nagle (najwidoczniej rozmyślnie) na posłanie, wylewając przytem całą jego zawartość.

6. 6. 23. Zaproszony do gabinetu lekarza, nie idzie o własnych siłach, musi być niesiony. Na pytanie nie odpowiada, robi ruch ręką, że chce pisać. Gdy mu jednak podano pióro, kładzie je po chwili na biurku.

9. 6. 23. Zawsze milczący, gdy się jednak naprowadzi myśl jego na temat budzący w nim silniejszy afekt, — ożywia się i poczyna mówić. Tak, na uwagę, że mógłby się wyspowiadać, poczyna prosić o księdza, medytuje, któryby ksiądz był dlań odpowiedniejszy. Mówi przytem zwięźle co do treści i płynnie co do formy. (Bez nagłego urywania zdań, bez zamierania mowy na pół słowie).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka. (Dyrektor dr. med., dr. fil. Al. Piotrowski).

Uwagi do terminu „otępienie“ z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox“.

Wygłosił

Aleksander Piotrowski

na III Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie w dniach 4, 5, 6 czerwca 1922 r.

(Ciąg dalszy).

W swojej Ogólnej Psychopatologji Jaspers określa otępienie jako trwały ubytek umysłowości, t. z. ubytek wzgl. zanik zdolności spamiętania, utratę pamięci, uwagi, orjentacji, zainteresowania dla siebie i dla otoczenia, utratę sprawności sądzenia. Kardynalną cechą otępienia jest, że władze psychiczne zanikają bezpowrotnie.

ad. a. Taki bezpowrotny zanik zdolności duchowych stwierdzamy regularnie w psychozach organicznych, kończących się rychlej czy później śmiercią jako to: porażenie postępujące, otępienie starcze, otępienie arteriosklerotyczne, presbyofrenja, choroba Alzheimera, choroba Wilsona, pląsawica Huntingtona, stwardnienie rozsiane, epilepsja i inne choroby organiczne mózgu. Ilość wyleczonych przypadków porażenia postępującego jest tak mała, że cierpienie to obecnie jeszcze uchodzi za nieuleczalne.

Co ubyło z władz psychicznych, nie wraca. W miarę ich ubywania otępienie się potęguje. Wreszcie następuje okres, w którym nowe wrażenie, nowe idee, nowe wydarzenia nadzwyczajne nie wyprowodzają chorego ze spokoju zawsze równego: „Schmerz und Lust, Liebe und Hass bewegen nicht mehr, Apathie und Gleichgültigkeit treten an ihre Stelle“ mówi autor niemiecki.

Proces zanikania władz duchowych trwa pewien czas. Mając chorego przed sobą, patrzymy w przyszłość, przewidujemy przebieg i koniec cierpienia. Tak samo w przyszłość wyraźnie wskazuje termin ‚otępienie‘ określający pewien proces i wyrażający coś, co się w przyszłości ma dokonać. Wyraz ‚otępienie“ odpowiada w treści i formie procesowi psychopatologicznemu. Dla tego używanie tego terminu w związku z psychozami organicznemi jest uzasadnione, poprawne, zupełnie na miejscu.

ad. b. Inaczej się ma rzecz, gdy używamy terminu „otępienie“ w związku z niedorozwojem psychicznym. Jeżeli Niemcy mówią: ein völlig verblödeter Idiot‘, to wyrażają świadomie nonsens. Idjota jest stworzeniem od urodzenia wzgl. najwcześniejszego dzieciństwa psychicznie w wysokim stopniu upośledzonem, nie posiadającem żadnej treści duchowej, jest ubogim na duchu w całem tego słowa znaczeniu. Kto zaś nic nie posiada nie może niczego utracić. Ponieważ idjotom nic nie ubywa z władz psychicznych, bo ich nie mają, przeto nie może się u nich rozwijać otępienie. Używanie tego terminu w związku z niedorozwojem psychicznym t. j. w przypadkach idjotyzmu i głuptactwa jest błędne, nie uzasadnione. U głuptaków można nawet umysłowość do pewnego stopnia rozwinąć.

ad. c. Stosunek nasz do otępienia wczesnego da się charakteryzować słowami J a s p e r s a: ‚Man ist schnell bei der Hand mit der Feststellung von Demenz, wo Irrationales gefunden wird“. Przyznać wypada, że w otępieniu wczesnem wiele rzeczy jest ‚iracjonalnych“. Chcąc stwierdzić racjonalność nazwy „otępienie wczesne“, należy zastanowić się nad następującemi punktami.

1) Czy o t ę p i e n i e w c z e s n e jest chorobą organiczną w znaczeniu powszechnem jak np. porażenie postępujące?

2) Czy w o t ę p i e n i u w c z e s n e m z reguły następuje zupełny bezpowrotny zanik władz psychicznych?

3) Czy termin „otępienie wczesne“ jest właściwym i czy jego używanie uzasadnione wzgl. jakim terminem mógłby być zastąpiony?

ad 1) W pewnych przypadkach otępienia wczesnego stwierdzono przy sekcji organiczene zmiany w mózgu, mianowicie wybujałość gleju, przeważnie u chorych, którzy zatracili zupełnie władze duchowe, którzy po długotrwałej postępującej chorobie zmarli w podeszłym wieku. Niektórzy badacze (F r a n k e n h a u s e r, Z i m m e r m a n n) stwierdzili m. i. zmiany w ścianach naczyń krwionośnych, inni (A l z h e i m e r) skonstatowali stwardnienie i zwyrodnienie komórek zwojowych i zanik włókień nerwowych, zmniejszenie mózgu. Zmiany te nie występują regularnie, nie we wszystkich przypadkach otępienia wczesnego; nie są one zatem charakterystyczne dla choroby, przeciwnie bywają spotkane także w innych cierpieniach, np. w chorobie T a y - S a c h s a, w porażeniu postępującem, u starców otępiałych, u epileptyków, a nawet u osób, które za życia uchodziły za psychicznie zdrowe. Przy oględzinach pośmiertnych w przypadkach otępienia wczesnego nie można rozpoznać choroby jak to się z reguły dzieje w porażeniu postępującem, w otępieniu starczem i w innych psychozach organicznych.

I dziś jeszcze stwierdzamy słuszność zdania J u n g a, który przed 14 laty powiedział: »Bei dieser Krankheit haben wir in der Regel keinen Gehirnbefund. Auch in Fällen jahrelanger schwerster Geisteskrankheit ist bei der Sektion ein intaktes Gehirn nicht selten. Nur in wenigen Fällen finden sich gewisse leichte Veränderungen, die aber bis jetzt nicht als gesetzmässig nachgewiesen werden konnten«.

Nasze wiadomości anatomo-patalogiczne w otępieniu wczesnem są niedostateczne. Właściwego organicznego procesu chorobowego nie znamy. Przypuszczalnie chodzi tu o intoksykację na tle nieprawidłowości funkcjonalnych w układzie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Początek cierpienia często przypada właśnie na wiek młodociany, na okres przekwitania, kiedy to zachodzą znaczne zmiany w organiźmie, mianowicie w układzie gruczołów. (D e r c u m i E l l i s).

Aczkolwiek wskutek wyników badań anatomopatologicznych wyróżniono »otępienie wczesne« z grupy psychoz funkcjonalnych i wyznaczono mu miejsce oddzielelne, to jednak ze względu na różnorodny, niewyraźny, nierównomierny charakter anatomo-patologiczny choroby i ze względu na właściwości psychiczne cierpienia, o t ę p i e n i e w c z e s n e jeszcze nie jest ogólnie zaliczone do psychoz organicznych w znaczeniu powszechnem.

W psychozach organicznych pojęcie »otępienie« tak ściśle jest związane z pojęciem »nieuleczalność« i związek tych pojęć tak jest ustalony, że wyraz »wyleczalne« stoi w bezwarunkowej sprzeczności z otępieniem, a odwrotnie »wyleczalność« nie godzi się z nazwą »otępienie«. Psychozy organiczne są dotąd nieuleczalne.

2) Przed 25 laty uważano „otępienie wczesne“ z reguły za cierpienie nieuleczalne. Każdemu choremu cierpiącemu na dementia praecox przepowiadano wczesne otępienie. Tymczasem okazało się, że „otępienie wczesne“ nie zawsze kończy się otępieniem, dalej okazało się, że otępienie wczesne może być wyleczone. W piśmiennictwie pojawiły się liczne prace donoszące o wyleczonych pacjentach (F r o m m e r, L e m e i, N o n n e, S z e d l a k i D o n a t h). Każdy z nas zna cały szereg wyleczonych z otępienia wczesnego.

Nielicznej grupie chorych milczących, apatycznych, nie mających wspomnień, nie interesujących się niczem, nic nie myślących, o niczem nie wiedzących, ubogich na duchu w całem tego słowa znaczeniu, a więc otępiałych, u których przy oględzinach pośmiertnych pokazują się zmiany w mózgu, na podstawie czego godzi się zaliczyć te przypadki do procesów organicznych, możemy przeciwstawić drugą, liczącą całe rzesze chorych zawsze żwawych, ruchliwych, którzy uważnie śledczą życie rozwijające się około nich, obserwują towarzyszy, personel, rejestrują wszystkie wydarzenia, zbierają różne przedmioty, czytają książki i gazety, urabiając na swój sposób przeczytaną treść. Otępienie umysłowe t. j. zanik władz duchowych u tych chorych nie da się zauważyć.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

I.

Miesięczne posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance ze współudziałem lekarzy z Gniezna jako gości w dniu 4 stycznia 1924 roku.

Przewodniczący p. Piotrowski.
Sekretarz p. Salkowski.

P. Piotrowski przedstawił 14 pacjentów, pomiędzy nimi alkoholików psychicznie chorych, epileptyków, idjotów zrodzonych z rodziców pijaków, poczem wygłosił referat na temat: Alkoholizm i ustawodawstwo z wyszczególnieniem przepisów o ubezwłasnowolnieniu alkoholika (wyjdzie drukiem w „Nowinach psychjatrycznych“). Referent zaakcentował postępowość cywilizacji zachodniej, objawiającą się w ustawodawstwie, w którem sprawa alkoholizmu ujęta jest szeroko i potraktowana rozumnie i praktycznie.

W przedmiocie ubezwłasnowolnienia alkoholika referent oświadczył się za odnośnemi przepisami ustawy szwajcarskiej i kodeksu niemieckiego, które przewidują pozbawienie wzgl. ograniczenie własnej woli alkoholika z przesłanek społecznych, a nietylko z powodów psychopatologicznych i odrzuca tem samem metodę stosowaną w sądownictwie austryjackiem, gdzie ubezwłasnowolnienie alkoholika może nastąpić tylko z przesłanek lekarskich.

Doświadczenie sądowo-psychjatryczne referenta wykazało bowiem, że w przypadkach, w których zainicjowano ubezwłasnowolnienie alkoholika z przesłanek psychopatologicznych, sprawa napotykała na liczne przeszkody i trudności i dlatego często nie bywała przeprowadzona do końca.

W dyskusji nad referatem zabiera głos p. Schittek i zwraca uwagę, że w Szwajcarji dotąd każdy kanton ma odrębne ustawodawstwo, szczególnie co do ustaw prohibicyjnych. Następnie zapytuje się p. Schittek prelengenta, czy zdrowy zupełnie osobnik może popaść w nałóg alkoholowy z popędem chorobliwym.

Pan dyrektor Waga porusza sprawę dziedziczności u alkoholików, którąby stała w pewnej sprzeczności z prawem Mendla, według którego dziedziczymy nietylko od najbliższych pokoleń.

Pan Prokurator Kuszenin zapytuje się referenta czy działania alkoholika pod wpływem alkoholu są kierowane wolną wolą, czy też u niego wolna wola jest wykluczona. Dlaczego ten alkoholik, którego życie jest przedstawione na tablicy, nie został wcześniej uznany za umysłowo chorego i umieszczony w zakładzie psychjatrycznym, gdyż był on karnie nieodpowiedzialny, mimo, że był karany. Wreszcie dlaczego psychjatra nie ma współdziałać jako znawca przy orzeczeniu sądu w sprawie o ubezwłasnowolnienie.

W odpowiedzi interpelantom zaznacza p. Piotrowski, że sprawa alkoholizmu, tak jak referent ją przedstawił, ujęta jest w nowoczesnych projektach do ustawodawstwa szwajcarskiego i niemieckiego, a uwagi jego w tym przedmiocie odnoszą się przeważnie do szwajcarskiego projektu ustawy z roku 1908. — Referent jest zdania, że i osoba zdrowa może przez długoletnie nadużywanie napojów wyskokowych tak się do tego przyzwyczaić że w końcu pociąg do pijaństwa nie może być przezwyciężony.

Chorobliwe usposobienie do alkoholizmu nie powstaje bezpośrednio, lecz zarodek jego potęguje się z każdą generacją pijaków. Tego rodzaju dziedziczność nazywamy zwyrodnieniem postępującem.

Panu prokuratorowi Kuszeninowi referent odpowiada, że osoba znajdująca się pod wpływem zatrucia alkoholowego ma zaburzenia psychiczne i (o ile ich nasilenie osięgnęło stopień wysoki) z tego powodu wola nie jest wolną.

Alkoholik, którego życiorys przedstawiony jest graficznie na tablicy, był za przestępstwa popełnione podczas pijaństwa karany z tego powodu, że prawo w zasadzie nie uznaje stanu zwykłego pijaństwa jako przyczyny do uwolnienia od winy i kary.

Przestępca alkoholik bywa uznany za niepoczytalnego tylko wtedy, gdy sprawca w chwili dokonania czynu karalnego w skutek wypicia znacznej ilości alkoholu (n. p. 1 litr koniaku) był pijany do nieprzytomności, albo gdy z powodu usposobienia do zachorzeń psychicznych po spożyciu małej dawki alkoholu (n. p. 2 kieliszków wódki) stracił orjentację, wpadł w szał, miał omamy i urojenia, a więc objawiał chorobowe zaburzenia

psychiczne, albowiem nieprzytomność i chorobowe zaburzenia psychiczne z wykluczeniem wolnej woli stanowią główne kryterja § 51 n. k. k.

Natomiast zwykłe pijaństwo przedstawia tylko reakcję fizjologiczną na ostre zatrucie wyskokowe, zaburzenia psychiczne występujące w tych okolicznościach nie mają charakteru chorobowego po myśli § 51 n. k. k.

W procesie o ubezwłasnowolnienie osoby psychicznie chorej z wyraźnymi objawami chorobowymi współpraca lekarza jako znawcy jest potrzebna i wskazana. Ponieważ alkoholik, który właśnie na samym wstępie swej choroby powinien być ubezwłasnowolniony ze względów profilaktycznych, nie ma jednakże wyraźnych objawów psychopatologicznych, któreby wyrokującego sędziego mogły przekonać o istnieniu choroby psychicznej, przeto współdziałanie znawcy psychjatry wobec niefachowców połączone jest z trudnościami. Daleko łatwiej jest przeprowadzić proces o ubezwłasnowolnienie alkoholika na podstawie zeznań świadków, że pozwany oddaje się pijaństwu, albo że naraża rodzinę na nędzę, albo że jest niebezpiecznym dla otoczenia. Przy stwierdzeniu tych faktów znawca psychjatra nie jest potrzebny.

Następnie p. de Beaurain wygłosił odczyt o nerwicach urazowych, opierający się na doświadczeniach w uniwersyteckiej klinice neurologiczno-psychjatrycznej w Krakowie. Charakteryzując warunki powstawania nerwic urazowych, prelegent wyłuszcza zasady, któremi należy kierować się przy leczeniu. Potępia bezwzględnie stosowanie środków gwałtownych oraz traktowanie chorych urazowych jako symulantów. Należy unikać szablonu, a wniknąwszy w psychikę chorego powinno go się traktować indywidualnie, stosować sugiestję, nadając jej kierunek i działanie dynamiczne. Rzadziej spotykane obrazy kliniczne nerwic urazowych prelegent ilustruje szeregiem zdjęć fotograficznych.

Opierając się na bogatym materjale klinicznym prelegent dochodzi do wniosku, że przy umiejętnem leczeniu w odpowiednich warunkach wszystkie nerwice urazowe są uleczalne.

Z doświadczeń wojennych należy wyciągnąć naukę i zastosować ją w praktyce.

Chorych urazowych należy leczyć bez straty czasu, unikając wielokrotnych badań i orzeczeń lekarskich, wśród których chory wpaja w siebie coraz silniejsze przekonanie o swej ciężkiej chorobie.

Orzeczenia lekarskie w przypadkach nerwic urazowych przedstawiają nieraz wielkie trudności, nawet dla doświadczonych neurologów — czyż nie słuszniej byłoby bez długich zachodów zabrać się jak najrychlej do leczenia nerwicy wobec jej uleczalności?

Ponieważ w tych przypadkach w grę wchodzi kwestja odszkodowania, przeto rzecz ta musi być uregulowana przez prawodawstwo, które ustanowi, że chorzy nerwicowi, o ile nie rezygnują z roszczeń do odszkodowania, mają poddać się leczeniu pod kierunkiem doświadczonych neurologów. Do tego celu należy utworzyć specjalne oddziały przy klinikach neurologiczno-psychjatrycznych lub równorzędnych szpitalach czy też zakładach krajowych.

W końcu p. Piotrowski wzywał zebranych do wpisania się na członków Ligi profilaktyki i hygjeny psychicznej i oznajmił, że w Dziekance zawiązał się już komitet lekarski tej ligi, który otworzył poradnię psychologiczną i przyjmuje interesentów, poleconych przez członków ligi, w każdy piątek popoł. od 3—5.

Salkowski.

II.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 18 stycznia 1924 r.

Przewodniczący p. Piotrowski.
Sekretarz p. Salkowski.

P. Siemionkin przedstawia pacjentkę G., lat 29, niezamężną, znajdującą się w Zakładzie trzy miesiące. Z wywiadów wynika, że pacjentka rozwijała się prawidłowo, uczyła się dobrze, charakter miała spokojny, łagodny, była czasem wrażliwą. Przed trzema laty porodziła nieślubne dziecko, poród był ciężki; rok później początek psychozy. G. stawała się kłótliwą, podrażnioną, mówiła różne niedorzeczności, była przygnębioną, zadumaną. Kilka dni przed przybyciem do zakładu stała się gwałtowną, rzucała się na ludzi, widziała „mężczyznę z ogniem, który ją gonił", nie poznawała otoczenia, tłukła szyby. W czasie pobytu w zakładzie pacjentka początkowo jest spokojną, wielomówną, przeskakuje z tematu na temat, „ojciec mój jest żydowskiego wyznania; jak byłam małą, ojciec mnie zabrał, byłam na mękach czyścowych, ojciec zakochał się we mnie, od tego dostałam dziecinny rozum." Chora słyszy głosy, rozmawia z Bogiem, z Matką Boską, widzi dziecko

swoje, szuka je pod łóżkiem, innym razem staje się gwałtowną, upartą, rzuca się na ziemię, błaga, żeby ją zabrać. Z otoczeniem nie obcuje, na pytania często nie odpowiada. Podczas badania na dużo pytań odpowiada „nie wiem" na inne odcina się z pewnym dowcipem, twierdzi, że ktoś na zdradzie jej stoi, chce iść do domu, „ktoś mnie tu przywiózł, pan mi takie opery opowiada, a to nie ma nic wspólnego z tym domem". Pamięć pacjentki wykazuje pewne luki, wzrok jej jest rozmażony.

W dyskusji nad przypadkiem podnosi p. de Beaurain, że wahania w rozpoznaniu spowodowane są przez niedostateczne wywiady; gdy minie stan zamroczenia przypadek prawdopodobnie wyjaśni się jako „bouffée délirante" na tle konfliktu erotycznego. Rzekome urojenia grzeszności u chorej wyjaśnia się jako realne poczucie winy, nieślubnego macierzyństwa chorej, które stało się jej klęską, przeszkodą do nowego romansu lub upragnionego zamążpójścia.

P. Piotrowski zwraca uwagę, że u przedstawionej pacjentki uderza jej dezorjentacja w czasie, w miejscu i otoczeniu (pacjentka nie wie, gdzie jest jak długo tu jest, nie wie, że znajduje się w towarzystwie lekarzy zakładowych). Brak pamięci, zaambarasowanie się, niezaradność, drażliwość, niekiedy wyniosłe zachowanie się wskazują raczej na obłąkanie infekcyjne względnie intoksykacyjne (amentia).

Następnie p. Bielawski przedstawia pacjenta Ł. lat 41, żonatego, w zakładzie od roku. Choroba psychiczna rozwijała się od roku 1915. Ł. twierdził, że jest generałem, biskupem, „pogromcą kosynierów pod Inowrocławiem", innym razem, że jest carem rosyjskim, „przecież my chłopy jesteśmy sami Pany Jezusy". Pacjent zachowuje się cały czas spokojnie, jest dobroduszny, uczynny, zlecenia wykonuje chętnie i dokładnie, usposobienie ma zawsze wesołe. Na konferencji twierdzi, że „z żoną nie było zgody, jest tak zawsze bez spowiedzi. Zostałem złapany." — Czy jest carem. „Tak, to też był Ledóchowski". Pacjent objawia wyraźne rozstrzelenie myślowe, mówi nieskładnie, bez związku, bez sensu, zdania nie mają formy. Zebrani godzą się na rozpoznanie „schizophasia".

P. Nowara przedstawia przypadek neurologiczny, pacjenta P., który ma w wywiadach przebytą kiłę z roku 1917. Stan fizyczny wykazuje wygładzenie prawej bruzdy, nosowowargowej, drżenie języka, wysuniętych rąk, źrenica prawa jest nieomal nieruchoma, źrenica lewa reaguje żywo; hyperrefleksja kończyn górnych, odruchy kolanowe wzmożone, odczyn Wassermanna w płynie mózgordzeniowym dodatni, poniewolny śmiech i płacz, chód spastyczno-paretyczny, kontraktury zaznaczone w kończynach dolnych, Babiński po lewej stronie, klonus stopowy i objaw Piotrowskiego po prawej stronie.

P. Nowara charakteryzuje przypadek ten jako stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex), opierając swe rozpoznanie przeważnie na wywiadach. P. Piotrowski zaznacza, że przypadek należy kwalifikować jako lues cerebrospinalis. Stanowisko zajęte przez p. Nowarę byłoby tylko wtedy uzasadnione, gdyby u pacjenta stwierdzono skroniowe zblednienie tarczy, ponieważ tylko ten objaw, jako właściwy stwardnieniu rozsianemu pozwoliłby w tym przypadku rozpoznać sclerosis multiplex.

Salkowski.

Streszczenia.

Prof. Dr. E. Forster. **Behandlung der Epilepsie durch Sympathektomie.** (Münch. Med. Woch. 1923 Nr. 34/35).

Pomyślne wyniki otrzymane przez Sympathektomję, którą się posługiwano przy zaburzeniach naczynioruchowych, nasuwają ponownie myśl zastosowania tej metody przy leczeniu napadów epileptycznych. Faktem jest, że same czynniki natury wazomotorycznej mogą wywołać napad padaczkowy. Ref. ma tu na myśli nierzadkie przypadki padaczki samoistnej, w których pierwszy napad wywołany został wskutek np. nagłego przerażenia. F. przyjmuje, że bodziec powstały w następstwie nagłego skurczu naczyń mózgu wystarcza do wywołania napadu. Pewna zależność napadu od miesiączkowania zdawałaby się popierać to zapatrywanie. Dla uzasadnienia tych wywodów przytacza ref. przypadek Brüning'a, gdzie chora od przeszło 10 lat miała nader silne ataki lęku, bicia serca oraz boleści w jego okolicy. Usunięcie lewego granicznego

sznura od dolnego bieguna zwoju szyjnego włącznie do górnego zwoju piersiowego, — usunęło też całkowicie wzwiankowane objawy chorobowe. Trzy przypadki Westphala wskazują kolejno na: a) wystąpienie napadów padaczkowych po ustaniu miesiączkowania wskutek ekstyrpacji macicy i jajników, a dołączyło się do nich otępienie władz psychicznych i lewostronny niedowład spastyczny). b) na pojawienie się napadów po usunięciu gruczołu tarczowego, oraz c) na wystąpienie okresowych zaburzeń psychicznych z podnieceniami i stanami depresji po kastracji. Przytoczone przypadki Westphala uwydatniają znaczenie zaburzeń gruczołów wewnątrz wydzielczych dla powstania chorobowych zespołów nerwowych. Rozumieć to trzeba w ten sposób, że produkty endokrynne działają w pierwszej linji przez ośrodki układu współczulnego na stan unerwienia naczyń, zaś z kolei ten chorobowy stan unerwienia wpływa na układ nerwowy, powodując w nim specyficzne zaburzenia. Tak, wskutek spazmu w pewnych ośrodkch mózgu, powstąje anemja, a za nią objawy wypadania poszczególnych funkcji. Owe zaburzenie unerwienia jest także źrodłem podrażnienia w mózgu, co, przy pewnem udysponowaniu do napadów drgawkowych (Krampfbereitschaft), wywołuje z kolei napad padaczkowy. F. ilustruje to przypadkiem obserwowanym osobiście, gdzie pacjentka jego dostawała napady omdlenia podczas ciąży. W siódmym miesiącu ciąży dołączył się spastyczny niedowład połowiczy, silne bóle głowy, wreszcie trudności w dobieraniu słów, chwilamy pewne zamglenie świadomości. W płynie mózgordzeniowym — globuliny, leukocytoza. W cztery niespełna miesiące po rozwiązaniu ciąży chora zupełnie wyzdrowiała. Zdaniem F. należy więc wymienione tu objawy analizować z punktu powstania lokalnej niedokrwistości w mózgu na skutek spazmu naczyń krwionośnych. Także długotrwałą zastoinową tarczę w jednym z przypadków Brüning'a tłomaczy ref. jako objaw powstały wskutek zaburzeń naczynioruchowych.

Zagadnienie sympatektomji przy epilepsji datuje się od Wiljama Aleksandra (1899), kiedy się to ucinało zwoje szyjne nerwu współczulnego cierpiącym na tę chorobę. Zabieg ten stosowano jednak wówczas jeszcze bez wyboru nadających się do tego przypadków; wyniki były mgliste. Pojedyńcze przypadki wyleczenia tą metodą wykazuje Winter, Jonnesco. Natomiast Brauu przychodzi do wniosku, że szyjne zwoje górne i środkowe nie mogą wpływać na na napady padaczkowe. To nie przeszkadza referentowi ufać, że nieliczne udane wyniki operacji należą do może także nielicznych przypadków, gdzie padaczka ma za swe źródło zaburzenia naczynioruchowe. Nie należy przeto bynajmniej stosować zabiegu w pierwszem lepszem zachorzeniu padaczkowem.

Za nadające się do zabiegów uważa F. przypadki, gdzie obok napadów padaczkowych stwierdzono niewątpliwe objawy angjospastyczne, gdzie na zaburzenie obiegu krwi w mózgu wskazują, dalej, zawroty głowy, przemijające porażenia spastyczne. Z padaczki samoistnej wskazany byłby zabieg tam, gdzie napady zależne są od krążenia krwi, a wywołane przez silny afekt, lub gdzie się udaje dopatrzyć związku wyraźnego ich z miesiączkowaniem, ciążą itp.

Na zakończenie w uwagach o zaburzeniach psychicznych tej choroby mówi F., ze należy spodziewać się usunięcia drogą omawianej operacji tylko niektórych zaburzeń psychicznych, powstałych np. wskutek bólu, rozdrażnienia. Nie spodziewa się usunąć przeto tą drogą takiego objawu jak otępienie padaczkowe. Czy i o ile uda się w ten sposób wpłynąć na stany zamroczenia, które po części są uwarunkowane mechanizmem reaktywnym, pokaże przyszłość.

O. Bielawski.

Czcionkami Drukarni Dziennika Poznańskiego.